

Skadeanmälan

- vid olycksfall

Person som anmälan avser

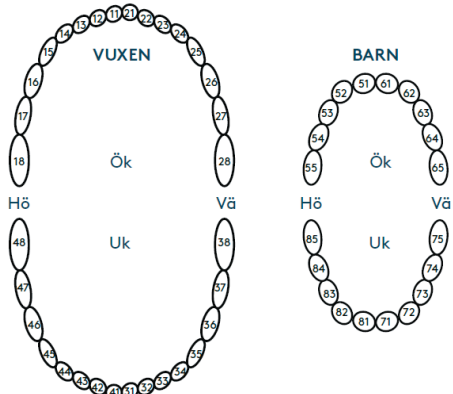
Försäkringsnummer		Personnummer
För- och efternamn		
Utdelningsadress		Telefon dagtid (+ riktnr)
Postnummer	Ortnamn	E-postadress
Vårdnadshavare		
Kontonummer för utbetalning av ev ersättning (ange clearingnummer och kontonummer)		
Har du anmält skadan till annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, ange vilket försäkringsbolag
Har ersättning utbetalats av annan försäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Olycksfallsskada

1. När och var inträffade olycksfallet? (År, mån, dag)	
2. Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skola/arbete <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/arbete <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> Verksamhetstid	
3. Beskriv händelseförloppet detaljerat	
4. Beskriv vilka kroppsskador som blev följden av olycksfallet	
5. Är skadan polisanmäld? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
6. Var du vid tillfället påverkad av alkohol, medicin eller annat rusningsmedel?	
7. Har du uppsökt läkare för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange när du uppsökte läkare?
8. Vilken behandling har du fått?	
9. Har du varit inskriven på sjukhus för vård? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange antal dagar som du varit inskriven för vård.
10. Har du varit akut inlagd för vård?	
11. Ange vilken klinik/sjukhus du har varit inlagd på.	

12. Har du varit sjukskriven? (Vid sjukskrivning mer än 7 dagar, bifoga sjukskrivningsintyg.) <input type="checkbox"/> Ja, till och med: <input type="checkbox"/> Nej	
13. Är du helt återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange vilken behandling som pågår. Vid medicinering ange medicinens namn samt dos.
14. Finns risk för kvarstående besvär/ärr? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
15. Har du tidigare kroppsfel eller skador i samma kroppsdel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange var och när du sökte läkare på grund av detta.

Vid tandskada

1. Vilken tandläkare/tandvårdsklinik har undersökt skadan? När?	
2. Vilka tänder har skadats? <input type="checkbox"/> Mjölktänder <input type="checkbox"/> Permanenta tänder	
Markera på bilden vilken/vilka tänder som skadats:	
	

Övriga upplysningar

--

Underskrift

Ort och datum	Underskrift
Värnadschavare	
Namnförtydligande	

Skadeanmälan skickas till:

Gjensidige Försäkring, Box 4430, 203 15 Malmö

Information om behandling av personuppgifter (GDPR)

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att Gjensidige ska kunna handlägga ditt skadeärende. Du kan läsa mer om hur Gjensidige behandlar personuppgifter på www.gjensidige.se/gdpr